

ANNÉE 1926

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

FRANÇOIS WIDLOCHER

Né à Paris, le 27 Octobre 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Formes Cliniques de l'Hérédo-Syphilis

DESCENDANCE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LÉGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
BRAMI Pathologie médicale.	HOVELACQUE. . Anatomie.
LGLAVE. Pathologie chirurgi- cale	JOYEUX Parasitologie.
UBERTIN Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
ASSET. Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS. . Pathologie chirurgi- cale.
AUDOUIN Pathologie médicale.	LE LORIER. Obstétrique.
INET Physiologie.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngolo- gie.
LANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LEMIERRE. Pathologie médicale.
RANCA Histologie.	LÉVY SOLAL. Obstétrique.
RULÉ. Pathologie médicale.	LHERMITTE. Pathologie mentale.
USQUET. Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN. Pathologie médicale.
ADENAT Pathologie chirurgi- cale	MATHIEU. Pathologie chirurgi- cale.
HAMPY. Histologie.	METZGER. Obstétrique.
HIRAY. Pathologie médicale.	MOCQUOT. Pathologie chirurgi- cale.
LERC. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgi- cale.
EBRÉ. Hygiène.	MOURE. Pathologie chirurgi- cale.
de JONG Anatomie pathologi- que.	MULON. Histologie.
UVOIR Médecine légale.	PHILIBERT. Bactériologie.
CALLE Obstétrique.	RIBIERRE Pathologie médicale
ESSINGER. Pathologie médicale	RICHET Fils. Physiologie.
LOIX. Pathologie médicale.	TANON. Pathologie médicale.
ARNIER. Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
ARVIER. Pathologie médicale.	VERNE. Histologie.
EITZ-BOYER. . . Urologie.	VILLARET. Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
DUGEROT. Pathologie médicale.	RETTERRER. Histologie.
JÉNIOT. Obstétrique.	

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÉPER	Clinique médicale.
LAIGNE-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet . .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES SOEURS, A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A M. G. MAUREL

&

A TOUS MES AMIS

Avec toute mon affection

A M. LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA
PREMIÈRE ENFANCE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS ASSISTÉS

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse*

*Et dont le lumineux enseignement m'a été si
précieux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat à l'hôpital Laënnec

M. V. TAPRET (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR P. MERKLEN

M. A. JOUSSET, PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. AUVRAY, PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. LEREBoullet, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Externat à l'hôpital des Enfants-Malades

M. LE PROFESSEUR BROCA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

ET PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

INFANTILE (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Externat à l'hôpital des Enfants Assistés

M. LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE

DE LA PREMIÈRE ENFANCE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. V. VEAU, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Externat à l'hôpital de la Charité

M. CHARLES RICHET, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Externat à l'hôpital Lariboisière

M. DEMELIN, ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

M. V. MORAX, OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

Externat à l'Hôtel-Dieu

M. PARMENTIER

Externat à l'hôpital Hérold

M. CHICOTOT, RADIOLOGISTE DES HOPITAUX

AU DOCTEUR ANDRÉ COLLIN

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX

*A qui je dois la plus grande part de mes
connaissances neuro-psychiâtriques*

AUX DOCTEURS : PAUL ALBERT ; P. VALLERY-
RADOT, CALTON, SIGURET

Avant-Propos

A la consultation de neuro-psychiatrie du docteur André COLLIN, nous avons eu l'occasion de relever l'observation de plusieurs enfants, descendants de paralytiques généraux, chez qui la diversité des formes que peut réaliser l'hérédo-syphilis apparaît avec une netteté particulière.

Aux consultations de neuro-psychiatrie infantile du docteur André COLLIN ; dans les services de nos maîtres, les professeurs MARFAN, NOBÉCOURT et BROCA, nous avons observé un grand nombre d'hérédo-syphilitiques, et la richesse des formes que réalise la syphilis chez l'enfant nous avait toujours frappé. Mais l'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis est trop vaste pour que nous ayons songé à l'entreprendre. Nous avons pensé que l'étude de la descendance des paralytiques généraux, en limitant le problème, nous permettrait de répondre à quelques-unes des questions que nous nous sommes posées, et nous avons entrepris d'étudier ici les formes de l'hérédo-syphilis chez les enfants des paralytiques généraux.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est

offerte d'exprimer notre reconnaissance et notre attachement à tous ceux qui ont concouru à notre formation médicale ; au Professeur André JOUSSET, à qui nous gardons la plus respectueuse et la plus affectueuse reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée ; au Professeur MARFAN, dans le service duquel nous avons eu la chance de demeurer deux ans, et à qui nous devons une si grande part de nos connaissances médicales ; au Professeur NOBÉCOURT, que nous remercions bien vivement de la bonté de son accueil et de l'excellent enseignement qu'il nous a donné.

Nous sommes heureux d'exprimer au Docteur André COLLIN notre gratitude ; Depuis plus de huit ans, nous assistons à ses consultations de neuro-psychiatrie infantile, avec un intérêt qui n'a cessé de croître. La maîtrise avec laquelle le Docteur André COLLIN dirige l'examen des malades et discute le diagnostic neuro-psychiatrique, fait de ces consultations le plus attachant des enseignements.

Nous devons à l'enseignement du Docteur André COLLIN, les plus précieuses de nos connaissances médicales et psychiatriques, et le goût de la neuro-psychiatrie infantile.

La sympathie et l'amitié qu'il nous a toujours témoigné nous ont été souvent d'un précieux secours et nous lui gardons une très affectueuse et très profonde reconnaissance.

Enfin, nous prions le Docteur ROGUES DE FURSAC,

le Docteur MARCHAND et le Docteur HEUYER, d'accepter nos remerciements très sincères pour l'extrême bienveillance avec laquelle ils nous ont ouvert leurs services et pour les observations intéressantes qu'ils nous ont communiqué.

Introduction

Aucune affection ne revêt des formes plus nombreuses et plus variées que la syphilis héréditaire. Tel hérédo-syphilitique est frappé de façon précoce et grave, tel autre naît avec toutes les apparences d'une santé parfaite et ne présente que des accidents tardifs et bénins ; Chez celui-ci la syphilis résiste aux traitements les mieux conduits, chez celui-là les accidents s'amendent rapidement sous l'influence de la thérapeutique. L'hérédo-syphilis est aussi fertile en surprises que riche en symptômes.

Cependant la littérature classique et les articles des ouvrages récents, y insistent fort peu, et ne disent rien des formes cliniques et évolutives de la maladie.

DE VILLEBRUNE a publié, en 1778, la traduction de l'excellent Traité des maladies des Enfants, de Rosen de Rosensten. Nous y trouvons ce passage :

« Il arrive aussi que quelques enfants nés de parents gâtés ne font apercevoir aucun symptôme morbifique, tandis que les autres sont manifestement atteints du mal ».

L'auteur Suédois cherche la raison de ces différen-

ces. « Dans le premier cas, dit-il, les enfants sont nés, lorsque le père ou la mère observait une conduite régulière, un bon régime, enfin, ne donnait pas lieu à l'exertion de la malignité du virus, par un excès quelconque, surtout si ce virus avait été comme étouffé auparavant par l'usage de quelques médicaments...

Et ROSEN apporte une précision intéressante : « On ne voit que trop souvent blanchir simplement les malades au moyen de quelques palliatifs; alors, le virus se porte encore plus avant dans le sang et reparaît avec le laps du temps, ou au moindre excès, ou occasionne des affections spasmodiques, la paralysie, l'apoplexie, la goutte, etc... »

TROUSSEAU, dans une de ses leçons, avait mis en évidence l'allure variable de la syphilis chez l'enfant : « La vigueur de la santé n'exerce pas toujours sur la syphilis l'influence qu'on inclinera à lui attribuer. Vous verrez, en effet, des nouveau-nés, vigoureux en apparence, décliner rapidement sous le coup de la vérole, d'autres plus chétifs la tolérer sans subir la même secousse. Là, comme chez l'adulte, deux termes sont en présence : l'activité de la maladie et résistance du malade ».

« Il s'en faut, ajoute-t-il, qu'à âge égal, à santé apparemment identique, la syphilis ait toujours, chez l'enfant, la même intensité. Chez quelques-uns, en dehors du traitement, l'évolution est lente, passive, essentiellement chronique dès le début, chez d'autres elle est active, subaiguë, même fébrile.

Et TROUSSEAU montre l'importance de ces faits :
« Rappelez-vous cette diversité toute clinique de l'évolution, parce qu'elle oblige à certaines réserves thérapeutiques, et qu'elle explique par où le traitement de la syphilis infantile n'a pas la banalité des médications propres aux adultes.

Les auteurs modernes sont beaucoup plus brefs sur cet important sujet.

Pour P. GASTOU, dans le Traité des « Maladies de l'ENFANCE » de GRANCHER, la seule division de l'hérédosyphilis se résume en celle-ci :

Syphilis congénitale	}	embryonnaire.	
		foetale.	
Syphilis héréditaire	}	héréditaire précoce.	1 ^o Syphilis des nouveau-nés.
		héréditaire tardive.	2 ^o Syphilis infantile proprement dite.

Il ébauche le tableau de l'hérédosyphilis dans ces différentes divisions ; mais cette classification lui sert surtout pour cataloguer de façon commode les symptômes de l'hérédosyphilis. En aucun moment, il n'aborde l'étude des facteurs de variation et il n'envisage point que dans chacune de ces divisions, existent des formes très différentes.

Edmond FOURNIER a consacré sa thèse, en 1898, à l'étude des stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. Tout son ouvrage vise à distinguer les stigmates dystrophiques et les stigmates spécifiques et il nous intéresse à ce titre tout particulièrement ; mais

E. FOURNIER ne dit pas pourquoi les uns ou les autres dominent chez tel ou tel sujet.

Pour lui : « En définitive la question pratique, utilitaire de tous les travaux institués ou à instituer sur la question, c'est le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive. ».

Dans le grand nombre d'ouvrages parus depuis, sur l'hérédo-syphilis, la question des formes a été à peu près négligée. L'intérêt des auteurs s'est porté exclusivement sur l'étude des formes atypiques, des formes simulant d'autres affections, des formes latentes; et leur préoccupation maîtresse, parfaitement légitime d'ailleurs, est le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

E. FOURNIER, lui-même, qui en 1898, s'intéressait aux formes spécifiques et dystrophiques de l'hérédo-syphilis, insiste à peine sur cette division dans son article du Traité de Pathologie de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX. Il dresse seulement le catalogue de toutes les lésions et de tous les symptômes que peut réaliser l'hérédo-syphilis.

P. FERNET, dans le même volume, classe les manifestations de la syphilis héréditaire tardive :

- 1°) Manifestations propres à l'hérédo-syphilis:
- 2°) Stigmates : a) Consécutifs à des lésions virulentes guéries.
- b) Non syphilitiques : Dystrophiques dus à des lésions syphilitiques; Troubles de la nutrition ou de la croissance.

Il met en lumière un des facteurs de variation de la syphilis en rapportant l'opinion de GAUCHER, ROSTAINE, GAUGEROT, QUEYRAT et PINARD : l'hérédité syphilitique atténuerait la virulence de la syphilis acquise.

Enfin, Fernet ajoute : « Quant à la précocité et à la fréquence des accidents nerveux observés au cours des syphilis nouvelles chez les hérédo-syphilitiques, il a semblé à MM. QUEYRAT et PINARD qu'elles étaient souvent conditionnées par une syphilis nerveuse des parents. Ce sont surtout les fils de tabétiques et de paralytiques généraux qui sont exposés aux complications nerveuses au cours d'une syphilis nouvelle. »

En résumé, nous ne trouvons dans la littérature que fort peu d'indications concernant les formes de l'hérédo-syphilis. Nous avons dit qu'il faut chercher la raison de cette carence dans le fait que l'attention a été vivement sollicitée par les questions nombreuses que posent le diagnostic et la thérapeutique de l'hérédo-syphilis.

Nous ne méconnaissons nullement l'importance de ces problèmes, mais nous croyons que l'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis fournirait, à ces problèmes même, des données intéressantes.

Nous avons déjà dit comment, ne pouvant entreprendre un travail aussi considérable, nous avons désiré y apporter néanmoins une faible contribution, en étudiant les formes de la syphilis héréditaire chez les enfants des paralytiques généraux.

Après avoir passé rapidement en revue quelques-

uns des travaux qui ont eu pour objet l'étude de la descendance des paralytiques généraux, nous avons groupé quelques observations nouvelles.

Nous essayons, ensuite, de classer les différentes formes cliniques que nous semble pouvoir revêtir l'hérédo-syphilis chez les enfants dont nous nous occupons. Enfin nous examinons succinctement les facteurs qui paraissent déterminer l'allure clinique de la syphilis héréditaire, et nous exposons quelques conclusions pratiques qui découlent de ces faits.

CHAPITRE I

Historique

Au sujet de la descendance des paralytiques généraux plusieurs travaux nous fournissent des documents importants :

En 1898, WAHL donne une thèse sur la descendance des paralytiques généraux où il démontre que leurs enfants sont fréquemment atteints d'affections diverses contrairement à l'opinion qui régnait à cette époque. Mais WAHL ne fait aucune différence entre les multiples affections qu'il décrit chez ces sujets et veut seulement prouver qu'ils ne sont pas indemnes.

En 1914, dans un article où il posait, un des premiers, la question du neurotropisme du spirochète, André COLLIN concluait que la syphilis qui aboutit à la paralysie générale avait un aspect particulier : « Il s'agit d'une forme de l'infection qui semble bénigne alors qu'elle est seulement différente des au-

tres formes. Elle a frappé d'emblé au bon endroit par neurotropisme microbien ou par fragilité spéciale du système nerveux ».

Au sujet de la descendance l'opinion de COLLIN est celle-ci : lorsque l'enfant a été conçu à la période active et contagieuse de la maladie, son avenir est aussi sombre que celui des enfants des autres syphilitiques. Mais dans tous les autres cas la syphilis qui aboutit à la paralysie générale est peu contagieuse. La femme est souvent indemne et les enfants des paralytiques généraux sont le plus fréquemment épargnés et n'ont aucun signe de syphilis. André COLLIN cite de nombreux cas militant en faveur d'un neurotropisme particulier à certaines souches de spirochètes et rappelle la communication de LEVADITI et MARIE, à l'Académie des Sciences des expériences qui tendent à prouver qu'il existe deux variétés de tréponèmes : neurotropes et dermatropes. Cependant COLLIN admet l'importance du terrain ; Il fait remarquer que le système nerveux constitue dans l'organisme un territoire très spécial : « Pour GUY LAROCHE, ce territoire est en dehors des règles de l'immunité générale, naturelle ou acquise ». Enfin COLLIN rappelle que ROUX et BORREL ont montré que le cerveau d'animaux immunisés contre certaines toxines reste sensible aux injections intra-cérébrales.

En novembre 1904, Maurice SEMPER a soutenu une thèse « sur les enfants des paralytiques généraux ».

SEMPER étudie les facteurs qui peuvent faire varier le pronostic dans la descendance des paralytiques généraux et il conclut que ce pronostic est d'autant meilleur que la date de la conception est plus éloignée de la date de la contamination. Nous verrons que cette proposition s'est trouvée depuis, maintes fois vérifiée et nos conclusions concordent avec la sienne.

Il ajoute qu'un facteur certain de gravité est l'association à la syphilis d'autres affections (alcoolisme, névropathie, etc.).

SANGUINETTI dans sa thèse de 1917 fait sienne l'opinion d'André COLLIN. Il montre, avec l'appui d'observations excellentes, qu'on peut opposer deux formes de paralysie générale.

Une première forme que l'on pourrait appeler : paralysie générale typique, succède à une syphilis pauvre de symptômes, peu fleurie, latente, souvent méconnue.

Le conjoint et les enfants du malade sont généralement indemnes, ils ne présentent aucun accident syphilitique et leur Bordet-Wassermann est négatif.

On peut préciser les caractères de cette forme en étudiant l'hérédité des malades et la constitution et le tempérament de leurs enfants. SANGUINETTI montre qu'on peut relever chez ces paralytiques généraux une hérédité nerveuse chargée. Ce sont des fils de nerveux, souffrant de troubles nerveux variés. Leurs enfants présentent les mêmes caractères par-

ticuliers, et nous verrons tout à l'heure, à quelle interprétation ce fait a donné lieu.

Une deuxième forme de paralysie générale pourrait être qualifiée d'atypique. Soit particulièrement précoce, soit particulièrement tardif le début est marqué par des phénomènes de confusion mentale, de dépression psycho-somatique, des troubles de la motilité et des signes qui traduisent l'atteinte des divers organes. Souvent l'éveil est donné par des ictus. Enfin, la syphilis causale s'est montré bien fleurie, elle fournit des accidents multiples et souvent, à l'occasion de l'un d'eux, l'examen clinique a découvert par exemple, un signe d'Argyll précoce ou quelque autre signe de la série tabétique.

Le conjoint du malade et ses enfants présentent des accidents multiples de nature syphilitique, leur Wassermann est positif.

Enfin l'étude des antécédents du malade ne révèle, en général, aucun symptôme d'une fragilité ou d'un état particulier du système nerveux. Par contre on note souvent, dit SANGUINETTI, une hérédité toxi-infectieuse : alcoolisme, tuberculose, maladies organiques, et le développement du malade a été souvent troublé par ces affections parentales.

Bien entendu, entre ces deux types qu'oppose SANGUINETTI, se placent des cas mixtes. Nous insistons sur l'intérêt que présentent ces cas intermédiaires. En effet, en les comparant au schéma qu'ils

devraient suivre, on peut apercevoir le facteur qui a déterminé cet écart.

On trouvera, dans la bibliographie qui termine ce travail, l'indication de plusieurs thèses qui ont également traité de la descendance des paralytiques généraux, mais nous n'avons pas cru utile de les analyser ici, car elles n'apportent aucune précision nouvelle sur le sujet qui nous occupe.

En un mot, l'étude des formes de la syphilis héréditaire n'est encore qu'ébauchée, et la plupart des faits intéressants, susceptibles de l'éclairer, sont contenus dans les ouvrages qui traitent de la descendance des paralytiques généraux.

La raison en est que dans la paralysie générale la syphilis revêt incontestablement des formes très différentes et que, par conséquent, elle frappe très différemment les enfants des uns et des autres malades.

C'est pourquoi également nous avons abordé cette étude.

CHAPITRE II

Observations

Nos observations ont été classées de façon à faire apparaître les rapports et les différences que nous essayerons ensuite de justifier.

Dans un 1^{er} groupe nous plaçons les observations des enfants ne présentant aucun symptôme d'hérédospecificité.

Dans un deuxième groupe celles des enfants présentant des signes d'hérédospecificité.

Dans un 3^e groupe enfin, se trouveront réunis les cas qui ne pourront se classer avec ceux des groupes précédents,

Premier Groupe

OBSERVATION 1

(Communiquée par le D^r André Collin)

R... R... L'enfant nous est montré à l'âge de 1 mois (février 1920). Le père est paralytique général.

Antécédents. — Le père a contracté la syphilis à l'âge de 23 ans ; aucun accident spécifique n'a été observé après le chancre. A l'âge de 40 ans, la maladie a débuté chez lui par des idées de grandeur. Il voulait, sans aucune raison, prendre ses repas au restaurant et se livrait à des dépenses que ne lui permettait nullement son état de fortune.

Marié un première fois, sa femme est morte d'accident. Pas d'enfant ; il s'est remarié à 35 ans et sa deuxième femme est bien portante, n'a pas d'autres enfants, n'a pas fait de fausses couches.

L'enfant a été conçu au début de la maladie, et le père a été interné 4 mois avant la naissance.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur la première femme.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, la grossesse a été normale. Le poids à la naissance était de 3 kgr. 100. L'enfant est bien constitué et ne présente aucun accident pathologique, aucun symptôme de spécificité. L'enfant est revu un an plus tard. La première dent est apparue à huit mois. Il a parlé un peu tôt : à 10 mois. Le réflexe de 6 mois est disparu. Tous les réflexes sont normaux.

En 1923, l'enfant est revu toujours parfaitement bien portant, parle et marche normalement. Le père est mort en mai 1923. Le Wassermann de l'enfant et de la mère, pratiqué à plusieurs reprises, s'est montré constamment négatif.

En résumé : R... R..., né d'un paralytique général, ne présente aucun accident syphilitique. On note que la mère s'est

mariée à une période avancée de la syphilis et que cette syphilis a revêtu une allure torpide, latente.

OBSERVATION II

(Personnelle)

D., R., 12 ans. Cette enfant est amenée à la consultation parce qu'elle est pâle et facilement fatiguée (novembre 1925).

Antécédents. — Son père a contracté la syphilis en 1908. Il s'est soumis à un traitement assez actif. Aucun accident secondaire n'a été observé. Cependant le Wassermann a été positif à deux reprises. Le traitement a été poursuivi très irrégulièrement, de 1912 à 1917. Il s'est marié en 1912. La mère n'a présenté aucun accident (il n'y a pas eu de Wassermann). Elle n'a fait aucune fausse couche. Elle n'a jamais été traitée. En 1920, le père a commencé de présenter des idées étranges qui ont inquiété l'entourage. Une paralysie générale typique a évolué rapidement et a emporté le malade en 1922.

Antécédents personnels. — L'enfant née à terme (3 kg. 300) après une grossesse normale n'a présenté aucun symptôme qu'on puisse attribuer à la syphilis. Elle s'est développée normalement, nourrie au sein elle n'a jamais eu de troubles digestifs, aucun signe de rachitisme. Elle n'a subi aucun traitement spécifique.

Elle a été opérée à 5 ans des végétations, a eu la rougeole à 7 ans. On aurait trouvé à ce moment un peu d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'examen ne révèle aucune tare dystrophique, sauf une voûte palatine légèrement ogivale.

Le reste du squelette est normal, l'embonpoint suffisant. L'exploration des viscères ne révèle aucune lésion. On note seulement un peu de submatité et un léger souffle dans la région interscapulo-vertébrale droite.

L'examen neurologique est négatif.

L'anémie, qui est légère, semble liée à l'adénopathie trachéo-bronchique.

L'enfant est un peu apathique, souvent triste.

On pratique le Wassermann : il est négatif.

En résumé : Enfant présentant une adénopathie trachéo-bronchique. La paralysie générale du père a évolué d'une façon typique. La conception a eu lieu la première année du mariage, cinq ans après la contamination. La femme et l'enfant ont échappé à l'infection.

OBSERVATION III

(Communiquée par le Dr Rogues de Fursac)

B... L..., 34 ans, mécanicienne.

Internée à Villejuif, en 1920, avec le diagnostic de paralysie générale : idées de satisfaction, dysarthrie nette, léger tremblement fibrillaire de la langue, réflexes pupillaires abolis, réflexes rotuliens abolis, plaque leucoplasique de la lèvre. Pas d'aveu d'accidents syphilitiques antérieurs, n'a jamais été traitée.

Le Wassermann est positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le mari a eu, en 1903, au retour des colonies, une écorchure suspecte à la verge avec adénopathie.

Internée, malgré un traitement par le bi-iodure, la malade a présenté une perte progressive de la mémoire et de l'orientation avec cris, violence, excitation progressive. La mort est survenu en 1923.

Enfants : de 1904 à 1906 : 3 grossesses, 2 fausses couches de 3 et 6 mois, 1 enfant mort-né (à 7 mois).

En 1908, un fils, actuellement bien portant, qui n'a jamais présenté d'accident syphilitique et n'a jamais suivi aucun traitement.

En résumé : Paralyse générale maternelle typique ; la syphilis n'a déterminé aucun accident visible en dehors des 3 fausses couches. La syphilis semble avoir perdu progressivement sa virulence, malgré l'absence de tout traitement et l'enfant dernier-né est indemne de tout accident, a échappé à la syphilis.

OBSERVATION IV

(Communiquée par le Dr Rogues de Fursac)

C... M... Malade décédée à 51 ans, à Villejuif, en décembre 1920.

Présentait une paralysie générale typique avec confusion, coprophagie, fausses reconnaissances.

Le Bordet-Wassermann s'est montré plusieurs fois négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien : (16 lymphocytes par mm³).

On ne possède aucun renseignement sur le père.

La fille de cette malade, âgée de 20 ans est bien portante et ne présente aucune tare apparente. Nous n'avons pu malheureusement pratiquer un examen complet.

Deux enfants nés avant cette fille seraient morts en bas âge.

En résumé : Une fille de 20 ans qui n'a jamais présenté aucun accident suspect, née d'une femme de 31 ans qui a fait à 50 ans une paralysie générale typique.

OBSERVATION V

B... Jacques, 18 ans.

Antécédents héréditaires : Le grand-père de cet enfant est mort à 56 ans d'une paralysie générale. Sa grand'mère, âgée

actuellement de 76 ans, est bien portante. Des deux enfants qu'ils ont eus, un fils âgé de 46 ans est intelligent mais irritable, hypersensible, inquiet, il est marié, n'a pas d'enfant. Une fille âgée de 50 ans *mère de l'enfant* présente des préoccupations pathologiques de mysticisme, elle néglige ses enfants pour de longs séjours dans les églises et veut soigner les maladies par des prières ou des incantations. Elle présente un souci exclusif de sa vie future et néglige ses devoirs de mère et de maîtresse de maison. On note encore dans les antécédents deux psychonévropathes.

Le malade que nous examinons a 4 frères et sœurs, qui sont bien portants ; l'un d'eux est peu intelligent.

Histoire de la maladie :

Depuis l'âge de 16 ans, B... Jacques présente des troubles mentaux qui ont été rapportés à la démence précoce. Après une période de deux ans d'excitation il est entré depuis quelques mois dans une période de calme relatif.

En résumé : Il s'agit d'un cas de déchéance familiale hérédoparalytique générale avec exaspération des tendances latentes de la famille par une infection.

Considérations cliniques. — La syphilis, sur l'allure de laquelle nous n'avons pas de renseignements, a épargné, selon toute vraisemblance, la femme, les enfants et les petits-enfants du malade. On trouve chez eux des symptômes d'hypersensibilité et de fragilité nerveuse, tels que toute toxo-infection peut en déterminer dans la descendance.

Deuxième Groupe

OBSERVATION VI

(Personnelle)

C. R. 15 ans (juin 1924).

Cet enfant présente de la débilité intellectuelle, la scolarité a été très mauvaise. Il a été renvoyé de plusieurs places où on essayait de lui apprendre un métier.

Le père de cet enfant est décédé à 45 ans. Les médecins avaient porté le diagnostic de paralysie générale. Sa femme mentionne en outre qu'il buvait, son père également était alcoolique. La maladie avait débuté chez lui par un ictus, et il aurait présenté d'autres ictus à l'asile. Ses idées, à la suite du premier accident, n'étaient plus les mêmes ; il se serait affaibli, dit la femme, très rapidement. Ce malade aurait contracté la syphilis au régiment, il a été soigné et cependant a présenté à plusieurs reprises des accidents dont la femme ne peut nous préciser la nature. Elle-même a eu, au début de son mariage, 3 fausses couches.

La première de 3 mois, la seconde de 4 mois, la troisième de 7 mois 1/2.

Un premier enfant est né à terme et semblait normal, mais est mort de méningite avant 1 an.

L'examiné est né à 8 mois 1/2 et a été chétif. Il a été soigné à deux ans pour une otite et à ce moment on lui a fait des piqûres mercurielles. Il a eu la rougeole et la scarlatine à 6 ans et 7 ans. Après la rougeole, il a présenté une broncho-pneumonie et est resté à l'hôpital durant 6 mois.

L'examen révèle des signes de rachitisme crânien et de rachitisme généralisé ; des malformations dentaires et une langue scrotale. Il présente des signes de débilité motrice du côté droit.

En résumé : Enfant hérédosyphilitique porteur d'une infection à marche lente et relativement bénigne.

Père atteint d'une paralysie générale atypique à la suite d'une syphilis floride. \

Mère ayant eu 3 fausses couches.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le D^r André Collin)

L. R. 2 ans $\frac{1}{2}$. Le malade est présenté pour un certain degré de retard dans son développement et pour troubles nerveux progressifs (paralysie gauche, crises convulsives) dont l'origine spécifique est corroborée par un Wassermann positif pratiqué à Saint-Louis.

Un frère aîné de ce malade présente de la mutité et une audition défectueuse, un autre est un débile profond.

Le père présente un Wasserman positif et a été soigné pour des phénomènes nerveux d'ordre dépressif, et des ictus ayant fait porter un diagnostic de paralysie générale.

Le père est âgé de 30 ans, la date de la contamination ne peut être précisée, cependant des accidents spécifiques nombreux se sont déclarés depuis 6 ans environ. Un Wassermann fait chez la mère a été positif.

En résumé : Enfant hérédo-syphilitique infecté ; père présentant une paralysie générale précoce ; ayant contaminé vraisemblablement la mère peu de temps après le chancre.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par le D^r Heuyer)

B. L. 19 ans. — Cet enfant a été présenté le 17 novembre 1925. A partir de 14 ans $\frac{1}{2}$ il galvaude, couche dans les rues ou sur les fortifications (chutes sur les fortifications). Cet

enfant n'a pu obtenir son certificat d'études. Placé au patronage de l'abbé Santol, il a dû en être renvoyé.

La mère du sujet est morte à Sainte-Anne à 32 ans. Elle y a accouché d'un enfant qui est mort à 6 mois. Lucien avait à ce moment 3 ans et demi.

Le père présente de la leucoplasie buccale très nette, à droite surtout : un réflexe pupillaire droit, plus vif que le gauche ; paralysie du côté gauche, tremblement de la langue, argyll. Il a eu des convulsions dans l'enfance. Remarié, sa deuxième femme a un enfant albuminurique.

L'enfant examiné présente du strabisme interne, prédominant à droite (à la suite de convulsions à l'âge de 2 ans). Les pupilles sont irrégulières et réagissent très peu à la lumière. Les champs visuels sont normaux. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre 40 lymphocytes par mm³. Les recherches du bacille de Koch, le Bordet-Wassermann et le Benjoin sont négatifs.

La paralysie générale de la mère a été caractérisée par de l'agitation, de la dysarthrie, de l'inégalité pupillaire.

En résumé, il s'agit d'un enfant porteur de séquelles de lésions syphilitiques ; cependant la syphilis qui n'a jamais été traitée semble peu active ; la conception peu éloignée du début de la paralysie générale paraît avoir eu lieu à une période peu avancée de l'infection syphilitique.

OBSERVATION IX

(Communiquée par le Dr André Collin)

R. R. 3 ans et demi. — Cet enfant est amené à la consultation en novembre 1923 parce qu'il ne parle pas.

Le père est paralytique général, a contracté la syphilis 2 ans avant son mariage, en 1908, au régiment, il n'a jamais été soigné.

Les premiers incidents pathologiques se sont produits en 1918 ; à ce moment, il a présenté plusieurs crises comitiales, accusé une perte progressive de la mémoire, présenté des phénomènes mentaux caractéristiques, la parole est devenue difficile.

La mère paraît indemne et le Wassermann chez elle est négatif.

L'enfant a reçu des injections de sulfarsénol à l'hôpital Trousseau. Il présente de l'énurésie nocturne de l'agitation, remue sans arrêt. On opère un phimosis qu'il présente, dans l'espoir de guérir l'énurésie.

Le père meurt en 1922.

La mère a présenté une fausse couche de 3 mois (avant l'examen). Deux autres enfants sont morts : l'un d'otite, l'autre de méningite ; cependant la grossesse et l'accouchement de l'enfant ont été normaux ; l'enfant est né à terme, mais ne parle pas à 3 ans $\frac{1}{2}$, urine encore au lit. Il n'a pas eu de convulsions. A l'examen on note : des réflexes tendineux moyens, des réflexes plantaires normaux. On constate une petite hernie ombilicale et des bosses craniennes : occipitales et frontales.

En 1924, l'enfant est revu, il urine toujours au lit, ne parle pas encore : un traitement de cyanure de mercure semble avoir produit une légère amélioration de l'intelligence.

En résumé : Le père est atteint d'une paralysie générale atypique, la syphilis en cause s'est manifestée précocement par des signes nerveux organiques.

L'enfant est né après une fausse couche et deux enfants morts en bas âge. On note chez lui un gros retard de développement physique et mental qui semble d'origine syphilitique.

OBSERVATION X

(Communiquée par le Dr Rogues de Fursac)

D..., 52 ans, plumassière.

Internée à Villejuif avec le diagnostic de paralysie générale en 1923.

Euphorie ; orientation et conscience de son état relativement conservées.

Dysmnésie. Réussit quelques opérations simples. Tremblement, dysarthrie, pupilles égales, réactions paresseuses. Quelques bribes de fabulation inconsistante.

Pas d'idées de grandeur ni de richesse.

Romberg : Légère ataxie, léger talonnement. Hypotonie, réflexes tendineux abolis.

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas d'autres signes organiques.

Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Antécédents. — Père interné en 1907. Alcoolique. Mère valide, cardiopathe ? Mari syphilitique, divorcé.

Descendance : 1 fille d'un premier lit bien portante.

2 fils : 1 en prison pour vol, syphilitique ; 1 chauffeur, bien portant. Wassermann positif.

2 fausses couches.

Histoire de la maladie. — Aphasie brusque sans coma en 1922. Avant 1914 avait des pertes de connaissance.

Violences : veut frapper son gendre avec des ciseaux. Croit que tous les siens sont morts.

La maladie aurait débuté après un grand chagrin (emprisonnement du fils).

En résumé : Deux fils syphilitiques et deux fausses couches.

Conception peu éloignée au début de la syphilis. Syphilis ayant déterminé deux fausses couches et donné des accidents nerveux organiques. Paralysie générale à prédominance de signes organiques.

Troisième Groupe

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Mlle T..., 17 ans.

Cette jeune fille n'a jamais été traitée. Elle se développe normalement et le Wassermann qui a été pratiqué à plusieurs reprises s'est montré constamment négatif. L'examen ne montre aucun signe pathologique ni dystrophique ; l'examen mental manifeste seulement un léger degré de suggestibilité.

Le père de cette enfant a contracté la syphilis en 1908. C'était un nerveux extrêmement actif, audacieux, entreprenant. Sa femme a été contaminée dès le début et a présenté des accidents primaires et secondaires, extrêmement importants. Un traitement très actif et très prolongé semble avoir eu raison de la maladie chez elle et aucun accident nouveau n'est apparu.

L'enfant a été conçue en pleine période secondaire et plusieurs séries de piqûres ont été faites pendant la grossesse. Aucun traitement n'a été fait à l'enfant elle-même.

Le père a commencé de présenter des accidents pathologiques pendant la guerre, notamment une fugue avec désorientation. Des idées de grandeur, quelques entreprises téméraires, de l'agitation, des brutalités ont nécessité son internement en 1916.

Il avait subi antérieurement un traitement spécifique très actif. Le traitement a été continué depuis et l'état général est resté parfait, l'état mental s'étant plutôt amélioré.

En résumé : Jeune fille bien portante et vraisemblablement indemne, malgré l'allure floride de la syphilis chez la mère, malgré la conception en pleine période secondaire ; grâce, semble-t-il, au traitement scrupuleusement suivi par les parents.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

P... H..., fille de 11 ans, mai 1923, l'enfant est visitée sur la demande de la mère qui redoute qu'elle soit atteinte de syphilis.

Le père, en effet, vient d'être interné pour des accidents mentaux étiquetés « paralysie générale », qui ont succédé à plusieurs ictus successifs.

Il avait présenté, à plusieurs reprises, des accidents comitiaux et avait subi un traitement spécifique intensif. La mère au début de son mariage a présenté des accidents secondaires et s'est soumise ensuite à un traitement très régulier. Elle n'a qu'un enfant. Le traitement a été poursuivi pendant la grossesse qui a été normale.

L'enfant a eu un développement un peu précoce, mais n'a jamais présenté aucun accident.

L'examen ne révèle aucun symptôme suspect ; le Wassermann est négatif.

En résumé : Paralytique général. Syphilis floride. Mère contaminée.

Enfant indemne vraisemblablement, grâce au traitement suivi par les parents.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par le Dr Rogues de Fursac)

L... J..., 43 ans.

Internée en 1923, à Villejuif, avec le diagnostic de paralysie générale.

Antécédents : Mère morte âgée. (Père : aucun renseignement).

Une sœur, internée depuis 14 ans à Vaucluse, présente un délire de persécution.

2 frères débiles intellectuels.

Mariée une première fois : mari mort de tuberculose, 1 fille de 25 ans bien portante.

Mariée une deuxième fois : en 1908 : 3 fausses couches de 2 à 3 mois, pendant les premières années.

En 1925, une fille actuellement bien portante (accouchement prématuré 7 mois et demi).

Evolution. — Femme travailleuse, équilibrée, cependant toujours satisfaite physiquement et moralement d'elle-même (plus belle que toutes les femmes, meilleure chanteuse, etc.). N'admettait aucune plaisanterie, ni contradiction sur son talent de chanteuse).

En mars 1922 : Changement rapide, dépenses absurdes, délaisse son intérieur et son enfant, vêtements ridicules. Du qu'elle va entrer à l'Opéra où elle gagnera des sommes fabuleuses qu'elle distribuera à ses amis et connaissances.

Le diagnostic de paralysie générale est posé à Tenon, puis à Sainte-Anne. Euphorie naïve, réflexes pupillaires nuls, toutes les réactions humérales sont négatives et à plusieurs reprises, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

En résumé : Une première fille née avant la contamination est bien portante.

Une seconde fille, âgée actuellement de 11 ans est bien portante, mais elle n'a pu être examinée. Née après une série de 3 fausses couches, née avant terme, elle est cependant des plus suspecte d'hérédo-syphilis.

Cependant la syphilis a évolué chez la mère sans donner d'autres signes que les fausses couches et a réalisé une paralysie générale typique. Les examens de laboratoires sont négatifs.

L'enfant a donc toutes les chances d'être atteinte d'une hérédo-syphilis très bénigne, latente.

Il faut cependant, en raison des antécédents héréditaires

nerveux, redouter chez elle la fixation de l'hérédo-syphilis sur le névraxe.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par les D^{rs} Marchand et Bauer)

W... J..., 24 ans.

Antécédents : Le père est mort en 1906, âgé de 50 ans, de paralysie générale ; il était déjà malade au moment de la conception de cette fille.

L'histoire clinique de la paralysie générale montre de nombreux accidents d'ordre comitial.

La mère est bien portante ; elle a 52 ans (différence d'âge de plus de 20 ans avec le père).

Le Bordet-Wassermann et la flocculation sont négatifs dans le sang.

Elle aurait présenté de la chorée dans son enfance. Une sœur de la malade est morte à 20 ans de broncho-pneumonie tuberculeuse.

On ne relève aucune tare familiale, pas d'alcoolisme.

Antécédents personnels : Convulsions à 14 mois suivies d'une hémiplégie gauche passagère (1 jour) et d'une éruption urticarienne.

Marché à deux ans ; pendant plusieurs années aurait eu une démarche raide ; à 5 ans, 2^e crise convulsive avec chute, perte de connaissance, déviation de la bouche à gauche, salivation, morsure de la langue qui aurait duré 20 minutes. A cette crise a succédé une phase d'hébétude et de courbature et une hémiplégie gauche pendant 1 jour.

A 7 ans, nouvelle crise tout à fait semblable.

Mise à l'école à 6 ans, apprit de plus en plus difficilement malgré beaucoup de zèle. Le caractère a toujours été difficile :

irritable, émotif. Réglée à 11 ans ; à cette époque, apparition de crises avec les caractères suivants :

Aura : la vue changée. Elle croit voir plus grand, elle voit double. Parfois cet aura est accompagné de petites crises ébauchées qui précèdent l'éclosion de la grande crise ; puis sensation de secousses violentes dans le côté gauche.

Enfin cris, perte de connaissance et chute. Convulsions généralisées très prolongées (20 minutes), salivation, morsure de la langue, émission d'urine, blessures et ecchymoses fréquentes.

Aux convulsions, succède une phase de sommeil qui dure plusieurs heures, puis une phase de paralysie gauche de durée variable.

L'amnésie est complète.

Actuellement ces crises arrivent toutes les deux ou trois semaines. En outre des vertiges fréquents s'installent entre elles.

Examen : Rien de particulier à l'examen des pupilles et des réflexes.

On note des dents implantées en éventail avec écartement des incisives médianes. Le Bordet-Wassermann et la flocculation sont négatifs dans le sang.

Le Bordet-Wassermann aurait été faiblement positif à 11 ans (1913).

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Albumine 0,30 ; leucocytes 0,6, Bordet-Wassermann négatif, flocculation négative.

Résumé et déductions : Fille d'un paralytique général avec ictus ; mais la conception a été tardive.

Mère paraissant indemne.

Malade présentant une épilepsie jacksonnienne qui trahit vraisemblablement une lésion unilatérale. La maladie serait une séquelle d'une lésion de la première enfance due à une infection syphilitique très légère.

OBSERVATION XV

(Communiquée par le Dr Rogues de Fursac)

M... H..., décédée à l'asile de Villejuif, le 19 juin 1923, à l'âge de 43 ans ; avec le diagnostic de paralysie générale.

Antécédents : Père mort d'un accident de voiture. Mère morte, après cet accident, de chagrin.

Pas de fausse couche, frères et sœurs bien portants, une sœur a perdu un enfant de méningite, un a une grosse tête.

Antécédents personnels : Mariage en 1909. Mari coiffeur, bien portant.

1 enfant mort de méningite en nourrice à 3 mois.

1 fille 11 ans bien portante.

1 garçon 8 ans bien portant.

1 mort méningite 1 an.

1 mort méningite 2 mois $\frac{1}{2}$ à l'assistance publique.

Deux mois après la dernière couche, qui a eu lieu par le siège et s'est accompagnée d'éventration, la malade avait brusquement changé ; elle gaspillait, elle se plaignait de quelque chose lui résonnant dans la tête ; de céphalées. Ensuite survient brusquement une paralysie de la langue. Elle dit que les mots se répètent dans sa tête.

Une ponction lombaire est pratiquée, après quoi un léger mieux se fait sentir ; il n'y a plus de répétitions de mots, mais elle voit un brouillard devant les yeux.

Examen : Argyll positif avec inégalité pupillaire, réflexes rotuliens vifs, achilléens abolis. A eu des ulcères variqueux, à ce moment on a trouvé un Wassermann positif (à Broca).

On pose le diagnostic de paralysie générale avec affaiblissement, indifférence, dysarthrie, rigidité pupillaire. Conscience de son état relativement conservée.

La malade meurt après des convulsions généralisées suivies de coma.

A l'autopsie : lepto-méningite de la convexité, surtout fron-

tale, hyperhémie-dilatation des ventriculs latéraux, pas de lésions en foyer.

Hyperhémie du cervelet, état granuleux du plancher du VI^e ventricule.

Aucune lésion visible des autres organes.

Résumé et conclusion : Paralyse générale. Après une syphilis traduite seulement par des ulcères variqueux.

Trois enfants morts de méningite en bas âge.

Deux bien portants (mais qui n'ont pu être examinés).

La syphilis paraît avoir présenté une virulence moyenne, il n'y a pas eu de fausses couches. Les méningites semblent avoir évolué sur des terrains prédisposés, sensibilisés par une hérédo-syphilis atténuée.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par les D^{rs} Marchand et Bauer)

B. M. 9 ans $\frac{1}{2}$. Consulte le service de prophylaxie mentale en mai 1925.

Antécédent : Le père est mort à 54 ans, à Vaucluse en janvier 1921. Le diagnostic était : paralyse générale et alcoolisme.

La mère est bien portante, n'a pas eu de fausses couches, elle a 2 filles jumelles et un garçon de 3 ans.

Le Wassermann et la flocculation sont négatifs.

Enfants : La sœur jumelle présente de la myopie, de l'écartement des incisives. Flocculation négative dans le sang, pas de convulsions infantiles.

Le frère, 3 ans, est bien portant, n'a pas eu de convulsions.

Antécédents personnels : Pas de convulsions infantiles. Pneumonie grave à 4 ans. Bonne scolarité, caractère bon jusqu'au début de la maladie. Depuis octobre 1924 (9 ans) crises nombreuses avec chutes brusques, perte de connaissance, morsures de la langue, émission d'urine, amnésie totale, céphalée et

courbature consécutives. 6 crises depuis le début à des intervalles variables et à des heures variables jour ou nuit. La malade devient irritable et émotive. L'examen physique montre un peu d'écartement des incisives supérieures. Les réflexes pupillaires sont normaux. Les réflexes cutanés sont normaux.

En résumé : Crise convulsive chez une enfant, fille d'un paralytique général alcoolique.

On peut discuter : soit l'existence d'une lésion irritative due à une syphilis légère, soit le mal comitial hérédo-alcoolique.

La conception tardive (5 ans avant la mort du père), l'absence de signes spécifiques évolutifs chez la mère, le frère et la sœur plaident pour la seconde hypothèse.

OBSERVATION XVII

(Communiquée par les D^{rs} Marchand et Bauer)

T. J. 21 ans $\frac{1}{2}$. Consulte en mai 1925.

La mère est morte de paralysie générale à Sainte-Anne à l'âge de 41 ans, en 1923. Elle était internée depuis juin 1922.

Il n'y a pas eu de fausses couches.

Père inconnu.

Antécédents : L'enfance a été normale. Il n'y a pas eu de fausses couches.

A 19 ans apparition des crises avec sensation de fatigue $\frac{3}{4}$ d'heure avant la crise. Aura caractérisée par des troubles de la vue, une constriction pharyngée, une sensation de vertige. Pendant la crise, perte de connaissance absolue, pâleur de la face, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine. Amnésie et courbature consécutives pendant 1 heure. 2 ou 3 crises au début puis intervalle libre de 2 ans et réapparition ensuite de crises assez fréquentes, crises nocturnes vraisemblables, céphalée par accès, bon sommeil.

Examen : Pas de stigmates, dentition normale, légers tremblements de la langue et des extrémités, pas de troubles pupillaires.

Wassermann et flocculation négatif.

Résumé : La malade est née 18 ans avant le début de la paralysie générale ; il est difficile de rien conclure à son sujet d'autant plus que le père est inconnu, et qu'on ne possède aucun renseignement sur l'évolution de la syphilis chez la mère. On peut noter la coexistence d'une affection nerveuse chez la fille et d'une localisation de la syphilis sur le nevraxe chez la mère.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

P. B. 12 ans est amené à l'Hôpital en 1923 pour une pneumonie.

Le père, instituteur, a été interné en 1921 et est mort en 1923 à l'âge de 42 ans.

Marié en 1904, il n'a jamais été malade ; il était instable, coléreux, souvent inquiet. Son père avait également un caractère difficile, sombre et original.

En 1920, il tient en classe des propos qui viennent à la connaissance du directeur et provoquent une expertise. Le diagnostic est posé de paralysie générale. Chez lui, il déclare à sa femme que cet examen prouve que l'on songe à lui confier un poste important, que d'ailleurs il se sent tellement intelligent et tellement actif, que si on ne lui donne pas satisfaction il abandonnera l'enseignement pour une carrière indépendante et plus avantageuse.

On l'interne, il présente une perte progressive et assez rapide de la mémoire et de l'attention. L'évolution ultérieure de la maladie paraît s'être déroulée selon le type normal.

La mère n'a jamais présenté aucun accident syphilitique. Elle a eu trois fausses couches de 3 mois, 4 mois et 6 mois ; puis un enfant né à 7 mois et demi et qui est mort de convulsions à 3 mois. Enfin, l'enfant examiné. Le Wassermann chez la mère est négatif.

Antécédents personnels : Cet enfant est né à terme, le placenta aurait été volumineux. On aurait trouvé chez lui des signes suspects. Il a été très difficile à élever. On lui a fait à 6 mois des frictions mercurielles. A deux ans il a présenté une otite chronique. A 4 ans, rougeole qui a été suivie de broncho-pneumonie. Cette broncho-pneumonie aurait duré très longtemps, on aurait fait à ce moment des piqûres de sulfarsénol. Peu de temps après il a présenté un état de fièvre, de torpeur, de céphalée à propos duquel on a prononcé le nom de méningite et qui a duré une dizaine de jours.

A l'examen on note, en dehors des symptômes habituels de la pneumonie qui évolue normalement, des signes nets d'hérédospécificité. Kératite interstitielle, langue scrotale, anémie marquée, stigmates de rachitisme cranien.

En résumé : Enfant porteur d'une hérédosyphilis à manifestations précoces ; fils d'un paralytique général du premier groupe. Mais mariage et conception ont suivi de peu l'infection syphilitique.

OBSERVATION XIX

(Communiquée par le Dr André Collin)

N. Pierre, 7 ans.

Antécédents héréditaires : Le père de cet enfant est mort de paralysie générale à 50 ans.

La mère a eu 5 enfants et 3 fausses couches, qui se sont succédé de la façon suivante :

1°) 1 fausse couche de 3 mois. Un traitement est institué.

2°) 1 enfant bien portant (mais cet enfant est devenu un être insociable, il est parti aux colonies, il a été condamné pour plusieurs méfaits).

Le traitement a été interrompu à la suite de cette grossesse.

3°) 1 fausse couche.

Le traitement est repris.

4°) 1 enfant né à terme, s'est bien développé, est mort de rougeole à 5 ans.

Le traitement est suspendu.

5°) 1 enfant né à terme (l'examiné).

6°) 1 fausse couche.

En résumé : Cette observation est particulièrement éloquent, et montre avec la rigueur d'une expérience l'influence du traitement sur l'évolution de la syphilis conceptionnelle.

ve dans la paralysie générale typique. En effet, l'allure de la paralysie générale est ici atypique, elle se rapproche souvent plus de la syphilis cérébrale que de la maladie de Bayle.

Contrairement à ce que nous avons noté pour la première forme, on trouve rarement dans les antécédents des malades, des troubles d'ordre nerveux. Mais, au contraire, les antécédents toxi-infectieux : (alcoolisme, tuberculose, etc.), sont particulièrement fréquents.

Enfin, la syphilis garde sa virulence et sa contagiosité, le conjoint, les enfants sont atteints.

*
**

Aussi, au point de vue qui nous occupe ici, celui de la descendance, nous pouvons distinguer :

1° Les enfants des paralytiques généraux qui échappent à l'hérédo-syphilis. Ce sont, en général, ceux dont le père ou la mère fait une paralysie générale typique; après une syphilis pauvre de symptômes, d'allure bénigne et en tous cas différente de la syphilis habituelle.

2° Les enfants des paralytiques généraux frappés par la syphilis. Ce sont, en général, ceux qui naissent de malades dont la paralysie générale est atypique et succède à une syphilis banale à symptomatologie riche.

Cependant, dans un troisième groupe, nous avons

réuni de nombreuses observations où cette règle est infirmée. Ce sont les cas, nous l'avons dit au début, qui nous paraissent les plus intéressants. En effet, en les examinant bien, en essayant de les rapprocher de l'un ou de l'autre des deux schémas que nous venons de tracer, on peut constater soit l'absence, soit la présence anormale, soit la variation d'un des facteurs dont peut dépendre l'allure de l'hérédosyphilis et l'on peut juger, par conséquent, du rôle et de l'importance de ce facteur.

Examinons en détail les différentes modalités que l'on peut rencontrer :

1° Tantôt l'enfant est indemne quoiqu'il l'observation semble, au premier abord, le classer dans le second groupe.

Ainsi, P. Henriette, observation XII, ne présente aucun stigmate, aucun symptôme de syphilis, quoique son père ait présenté une syphilis floride, même grave et soit actuellement sous le coup d'une paralysie générale atypique ; mais, dans ce cas, nous notons que le traitement de la mère a été remarquablement bien suivi et très soigneusement mené. De même, dans l'observation N. Thérèse (observation XI).

L'influence du traitement est encore plus nettement mise en lumière dans l'observation XVIII, qui a la valeur d'une expérience où l'on voit alterner les fausses couches et les grossesses heureuses, sous l'influence d'un traitement suivi seulement après les accidents.

CHAPITRE III

Les observations que l'on vient de lire ont été groupées de façon à faire apparaître la classification que nous avons adoptée.

Cette classification est celle que SANGUINETTI a défendu dans sa thèse. Elle dérive directement des faits que COLLIN a mis en lumière, c'est-à-dire de l'allure particulière de la syphilis qui aboutit à la paralysie générale typique. En effet, au point de vue de la paralysie générale et de la syphilis causale on peut distinguer très nettement deux formes, qui s'opposent point par point et qui correspondent aux deux premiers groupes de nos observations.

PREMIÈRE FORME

Dans la première forme la syphilis a évolué à bas bruit, souvent elle est restée latente et souvent elle a été méconnue. Ce sont les faits qui répondent aux cas de paralysie générale, dont les auteurs du siècle dernier niaient expressément la spécificité. Tout se passe comme si la syphilis s'était précocement fixée sur le système nerveux ; soit que le germe en cause ait une affinité spéciale pour ce tissu nerveux, soit

que le tissu lui-même possède une fragilité particulière vis-à-vis du *spirochète*. Nous discuterons ceci plus loin. Disons seulement, ici, que les faits nous semblent plaider pour une conception mixte qui ferait intervenir concurremment les 2 facteurs : la nature du terrain et la nature du germe.

Notons, cependant qu'il est fréquent de relever dans les antécédents personnels de ces malades des accidents d'ordre nerveux : « Une opinion qui, je crois, rallie la majorité des suffrages, rattache simplement la méningo-encéphalite chronique à la grande famille névropathique où se rencontrent à la fois les affections nerveuses dites organiques, les névroses et les psychoses », dit Rogues de Fursac.

En tous cas, quelle qu'en soit l'explication : neuropathisme, fragilité nerveuse, ou tout autre chose, la syphilis paraît fixée et, en même temps qu'elle laisse indemne les autres tissus et les autres organes, elle n'est transmise ni au conjoint ni à la descendance; on revêt, chez eux, une allure extrêmement insidieuse.

DEUXIÈME FORME

Dans cette seconde forme la syphilis évolue comme une syphilis normale, elle atteint la peau, les muqueuses, les viscères, les vaisseaux. La localisation nerveuse, soit très tardive, soit très précoce, se fait comme au hasard, au contraire de ce que l'on obser-

S'il est simple d'instituer un traitement anti-syphilitique, il est difficile de le bien conduire.

On ne peut manquer d'être frappé par le nombre des accidents qui surviennent au cours des traitements spécifiques. Mais nous ne voulons pas parler seulement des accidents toxiques qui succèdent immédiatement à l'administration de telle ou telle substance chimique; nous avons en vue, surtout, les conséquences éloignées de l'imprégnation toxique. Le petit enfant est un organisme dont les cellules, parce qu'elles se multiplient activement, sont d'une sensibilité particulière. Mais pensons que l'intoxication médicamenteuse peut déterminer un ralentissement ou une déviation dans le développement des fonctions, qui ne se révélera que tardivement. Et nous croyons fermement, que certains symptômes morbides peuvent être attribués à une thérapeutique trop brutale, bien plus qu'à la maladie même que l'on prétendait guérir.

Nous considérons que toute intoxication thérapeutique infligée à un enfant, si elle n'est pas rigoureusement utile, fait courir à cet enfant des dangers beaucoup plus grands, et plus certains, qu'une infection hypothétique, fut-elle syphilitique.

Enfin, nous n'acceptons nullement ce que l'on nomme l'épreuve du traitement.

Comment peut-on prétendre que l'arsenic ou le mercure constituent des médicaments rigoureusement spécifiques?

L'arsenic et le mercure agissent l'un et l'autre sur.

L'organisme du sujet, ils sont parfaitement capables de modifier un état pathologique indépendant de la syphilis. Ils constituent des agents anti-infectieux et leur action sur le spirochète ne les empêche pas d'agir également sur d'autres germes. Il nous paraît étrangement hasardeux de conclure de leur action à la nature de la maladie.

Ainsi, nous avons vu d'une part que certains, parmi les enfants des paralytiques généraux, échappent à la syphilis.

D'autre part, chez les paralytiques généraux existent souvent, nous l'avons noté, des antécédents névropathiques. Les enfants de ces paralytiques généraux appartiennent donc aussi à la grande famille névropathique et les phénomènes sont nombreux qu'ils peuvent présenter où la syphilis n'est pour rien.

La syphilis joue-t-elle un rôle dans leur étiologie, ou peut-elle en jouer un? Certainement, suivant le schéma d'André COLLIN, la syphilis comme toute autre toxi-infection est capable d'exaspérer les tendances héréditaires. Elle fixe, elle aggrave les traits que les parents transmettent à leurs enfants. Mais cela ne prouve pas qu'un traitement spécifique puisse modifier quelque chose et améliorer ces états constitutionnels.

Les défauts de développement, les dystrophies diverses, certaines malformations qui ont été placées dans le cadre de la famille névropathique et tous les stigmates de dégénérescence que Galippe a si bien

2° Tantôt, au contraire, l'observation se rapproche de celles que nous avons classées dans le premier groupe et cependant l'enfant n'est pas indemne.

Cette partie du problème est la plus difficile et aussi la plus intéressante.

Dans certaines observations la nature spécifique des accidents observés chez les enfants ne peut faire de doute, ainsi dans l'observation XVIII.

Cette observation est particulièrement instructive : elle peut se résumer ainsi : trois fausses couches de 3 mois, 4 mois et 6 mois, une naissance avant terme, à 7 mois $\frac{1}{2}$, d'un enfant qui meurt à 3 mois, de convulsions. Enfin l'enfant que nous examinons qui a toujours été chétif, pâle ; dont la vie jusqu'à présent a été une longue suite de maladies et d'incidents : otite, qui a duré, interminablement ; rougeole à 4 ans, suivie d'une broncho-pneumonie qui, elle aussi, s'est éternisée ; anémie longtemps soignée ; épisode méningé, d'un caractère mal déterminé. Enfant qui présente, en résumé, tous les caractères de l'hérédos-spécificité.

Cependant, nous dira-t-on, le père de cet enfant présente une paralysie générale typique ; la syphilis ne s'est manifestée, chez lui, par aucun symptôme, hors le chancre et la mère, pour mieux répondre au schéma, est bien portante et un Wassermann qui a été fait est négatif.

Mais nous remarquons, dans cette observation, un fait très important : les dates de conceptions suivent immédiatement celles de la contamination pro-

bable. Et nous concluons avec André COLLIN
« Lorsque l'enfant a été conçu en période active et
contagieuse de la maladie, son avenir est aussi sombre
que celui *des enfants des autres syphilitiques* ».

Ainsi deux conclusions se dégagent de ces observations :

1°) Quelque forme que prenne ultérieurement la syphilis, quelle que soit la paralysie générale qu'elle réalise ensuite, elle exerce toujours au début de son évolution, sur la descendance, la même influence.

2°) L'hérédité syphilitique, même en l'absence de tout traitement se fait de moins en moins lourdement sentir sur la descendance ; les premiers nés sont les plus sûrement et les plus sévèrement frappés.

Beaucoup plus délicate est l'interprétation des faits que nous devons examiner maintenant, c'est-à-dire ceux où la nature syphilitique des accidents observés n'est ni certaine, ni même probable.

Certes, si l'on en juge par les actes de certains médecins, la question pourrait se résoudre le plus simplement du monde : tout accident observé chez un enfant, né d'un syphilitique, doit être attribué à la syphilis et cet enfant doit être soumis à un traitement « spécifique » intensif.

Et l'on justifie cela en ajoutant : ce traitement constituera un traitement d'épreuve.

Pour notre part, nous n'admettons ni le traitement systématique, ni le traitement d'épreuve.

« viation des tendances et de l'orientation des processus pathologiques ; en un mot, un je ne sais quoi de mystérieux, qui fait éclore, dans des organes différents, des affections multiples ayant toutes entre elles une parenté et un lien qui permettent de les rapprocher. Il ne s'agit plus ici de dys trophies, c'est quelque chose de plus vague et de moins facile à définir, c'est un tempérament morbide, ou si l'on veut une diathèse qui dorénavant dominera la constitution de l'individu et imprimera sa marque sur toutes ses maladies ».

En résumé, on peut diviser ainsi les accidents et conséquences pathologiques de l'hérédo-spécificité.

I° Lésions directement en rapport avec l'infection syphilitique.

a) Habitées, évolutives ou non évolutives ;

b) Déshabitées, séquelles de lésions syphilitiques.

II° Lésions ou troubles fonctionnels résultant d'une infection syphilitique ou des lésions syphilitiques d'un organe (glandes closes par exemple).

a) D'une syphilis évolutive ;

b) D'une syphilis éteinte.

III° Lésions ou troubles fonctionnels résultant de l'infection syphilitique de la mère, ou d'une lésion syphilitique d'un des organes de la mère.

IV° Dystrophies ou diathèse résultant de l'infection syphilitique de l'enfant ou de ses ascendants, mais non syphilitiques.

Enfin, à côté des accidents syphilitiques ou d'origine syphilitique qu'on peut observer chez les enfants de paralytiques généraux il ne faut pas oublier de mentionner les accidents déterminés, soit par une toxi-infection des parents, associée si fréquemment à la syphilis ; soit par une affection banale acquise par l'enfant lui-même.

G. APERT a rapporté le cas frappant d'un enfant soumis à un traitement anti-syphilitique pour un eczéma de la face, malgré les protestations du père et de la mère qui affirmaient l'un et l'autre d'avoir jamais présenté aucun accident. APERT insiste justement sur la précipitation avec laquelle on admet la spécificité. Combien plus fréquente est une pareille erreur lorsqu'il s'agit d'enfants de paralytiques généraux !

*
**

Telles sont les principales éventualités que l'on peut reconnaître dans l'étude de la descendance des paralytiques généraux, il nous reste à examiner rapidement les principaux facteurs que nous avons relevé au cours de cette étude, qui paraissent susceptibles de modifier l'allure clinique de la syphilis héréditaire, soit directement, soit indirectement.

étudiés, tous ces signes sont d'une interprétation encore plus délicate. D'importants ouvrages comme la thèse d'E. FOURNIER sur les dystrophies ou le récent volume du professeur HUTINEL sur le terrain hérédosyphilitique accumulent des faits mais ne concluent qu'avec une extrême prudence.

FOURNIER admet que les « dystrophies que réalise l'hérédité syphilitique ont leur pendant, leurs analogues dans celles que réalisent d'autres hérédités infectieuses ou toxiques ».

Avec FERNET, que nous avons cité déjà, on peut distinguer :

a) Les manifestations proprement syphilitiques;

b) Les stigmates : 1) consécutifs à des lésions virulentes guéries.

2) Non syphilitiques, dystrophiques dus à des lésions syphilitiques, troubles de la nutrition ou de la croissance.

Le professeur HUTINEL sépare également :

1° *Les manifestations hérédosyphilitiques directement liées à l'infection, précoces ou tardives, à quoi il faut ajouter la sensibilisation particulière que laisse derrière elle l'infection syphilitique et les infections banales qui peuvent, sur le terrain hérédosyphilitique, revêtir une allure particulière.*

2° *Les dystrophies d'origine syphilitique, la parasymphilis, monstrosités, malformations, aplasies,*

dysplasies généralement incompatibles avec la vie; Dystrophies (notamment l'athrepsie de Parrot) souvent dues pour Hutinel à une atteinte des glandes endocrines (atteinte pour laquelle on doit, parmi toutes les autres causes, incriminer le plus souvent la syphilis).

Ces dystrophies d'origine syphilitique sont d'ailleurs transmissibles aux générations suivantes: précisément par la transmission de la débilité glandulaire.

Le professeur Hutinel pose cette question difficile : « Cette hérédité de dystrophie comporte-t-elle dans tous les cas une hérédité d'infection? » Il conclut qu'en pratique, il est rarement possible de la résoudre et qu'il faut instituer un traitement spécifique.

Pour notre part, nous n'acceptons cette dernière proposition qu'avec certaines réserves. Comme nous l'avons dit plus haut, un traitement ne doit pas être institué à la légère. Tout est en ceci une question d'espèce, et dépend de l'importance des phénomènes pathologiques que l'on observe. Cela dépend aussi du traitement que l'on veut instituer ; nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Enfin, le Professeur Hutinel place à côté des dystrophies les états diathésiques chez les hérédo-syphilitiques : « un trouble plus profond et plus général, « c'est-à-dire un changement dans la direction même des actes de la nutrition, une modification « dans les réactions de certains appareils ; une dé-

tissu nerveux de ce sujet, qui semble présenter une fragilité spéciale.

Les familles humaines, comme les races animales, présentent non seulement une immunité, ou une sensibilité générale particulière, vis-à-vis des virus, mais encore localisent sur tel ou tel appareil l'infection dont elles sont frappées.

Guy Laroche a bien montré que le cerveau possède de une immunité spéciale, différente de l'immunité générale et qui ne va point de pair avec elle. Les expériences de Roux et Borrel, et beaucoup d'autres plaident dans le même sens.

La méningite tuberculeuse nous apporte un bel exemple de cette autonomie du tissu nerveux.

Tandis que chez certains sujets le bacille de Koch foisonne dans l'organisme et détermine des accidents multiples, il respecte l'axe cérébro-spinal (du moins ses toxines seules l'atteignent) ; chez d'autres, au contraire, partant d'un quelconque foyer ganglionnaire souvent insoupçonné il colonise dans le tissu nerveux et la méningite tuberculeuse revêt, comme la méningo-encéphalite syphilitique le même caractère inexorable, la même résistance absolue à toute thérapeutique. La fréquence de la méningite tuberculeuse chez les enfants des syphilitiques nous fournit encore un argument important en faveur de l'importance présumée du terrain.

Mais la localisation du spirochète au niveau du tissu nerveux étant expliquée par une fragilité particulière de celui-ci, il reste à montrer pourquoi, la

syphilis ainsi fixée présente des caractères spéciaux : résistance aux traitements les plus divers ; rareté des autres localisations ; rareté de la contamination du conjoint et des enfants.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer ces faits : modification de la résistance du tréponème en raison de son séjour dans les centres nerveux, obstacle apporté à la pénétration de l'agent médicamenteux par les plexus choroïdes (Mott).

Toutes ces théories expliquent évidemment moins simplement, les faits que la dualité des virus, mais on conçoit cependant que l'habitat particulier du tréponème lui confère des caractères particuliers.

C'est l'opinion que Sanguinetti a soutenu dans sa thèse. Il ne se prononce pas nettement en faveur de la dualité des virus spécifiques, mais il exprime très longuement cette idée que le virus fixé sur le tissu nerveux acquiert un biochimisme spécial qui explique les anomalies que l'on observe ensuite dans l'évolution de la syphilis.

Cependant, Sanguinetti laisse ensuite en suspens une question des plus importantes : Lorsque le virus ainsi modifié est transmis, comment évolue-t-il dans l'organisme nouvellement infecté ? Le tréponème qui a évolué sur le tissu nerveux acquiert-il une affinité plus grande pour le tissu nerveux des individus où il est introduit ? Il nous semble que la précocité et la fréquence des accidents nerveux observés au cours des syphilis nouvelles, chez les héréd-

I° DE LA NATURE DU VIRUS

Depuis plus de 10 ans des discussions nombreuses et plusieurs travaux importants ont eu pour objet la question de l'unicité ou de la pluralité des germes syphilitiques.

Nous ne pouvons, ici, discuter en détail cet important problème. Il nous semble que les arguments que l'on a donné, de part et d'autre, ne permettent nullement de conclure. Disons seulement que nous sommes portés à croire que le spirochète, comme tout autre germe, peut acquérir des affinités spéciales et qu'il peut conserver ces affinités en passant d'un individu à un autre.

Charles Richet, en des expériences célèbres, a montré que l'on pouvait habituer progressivement les microbes à vivre sur des milieux où ils n'auraient pu d'abord se développer, voire au contact de substances antiseptiques, à une concentration supérieure à celle qui aurait suffi, au début, à les détruire.

Des germes ainsi modifiés conservent un certain temps ces propriétés spéciales.

D'autre part, le streptocoque, par exemple, peut réaliser des affections assez diverses et transmis il reproduit, le plus souvent, la lésion d'où on l'a isolé. Et cependant, inoculé dans d'autres conditions, il réalise une affection différente.

Tout ce que nous savons de l'exaltation ou de l'atténuation de la virulence par des passages successifs ou par des repiquages en milieux dysgénésiques

vient corroborer cette opinion et donne un appui expérimental à la théorie de la dualité du virus syphilitique.

Les nombreux exemples, que l'on a cités de syphilis nerveuses familiales, conjugales, ou de syphilis nerveuses contractées à une même source, n'ont pas absolument convaincu les adversaires de cette théorie. Ils objectent avec raison que la syphilis nerveuse est plus facilement explicable par une disposition héréditaire spéciale de terrain. Mais les faits de syphilis nerveuse conjugale et de syphilis nerveuses développées chez des individus contaminés par le même malade conservent toute leur valeur. Les observations contradictoires pour nombreuses qu'elles soient, ne leur enlèvent rien de leur éloquence ; elles prouvent seulement qu'il ne faut point négliger l'étude du terrain sur lequel évolue l'infection.

Le virus syphilitique responsable d'une affection nerveuse, s'il est transmis, se localisera de préférence sur le tissu nerveux.

II°. DE L'INFLUENCE DU TERRAIN

Les partisans de l'unicité des virus syphilitiques ont été amenés à expliquer par la nature particulière du terrain les localisations électives de la syphilis et en particulier les localisations nerveuses.

Il est d'observation courante que chez certains individus, dans certaines familles, les localisations nerveuses sont particulièrement fréquentes. Des infections, des intoxications diverses frappent toutes le

dos syphilitiques sont souvent conditionnées par une syphilis nerveuse des parents.

« Ce sont surtout les fils de tabétiques et de paralytiques généraux qui sont exposés aux complications nerveuses au cours d'une syphilis nouvelle ».

Mais faut-il accuser ici encore le terrain ou le neurotropisme du Spirochète ? Il est, à l'heure actuelle, bien aventuré de conclure.

Il nous semble que les deux explications que l'on a voulu opposer sont en réalité conciliables.

Un spirochète banal, évoluant chez certains sujets, rencontrera un tissu nerveux dont les défenses, pour une raison ou pour une autre, sont affaiblies. il se localisera sur le névraxe.

Tel autre spirochète, au contraire, présentera une affinité particulière pour le système nerveux et s'y fixera, en dépit même des résistances normales que l'organisme lui opposera.

Enfin, l'évolution dans le milieu particulier que constitue le tissu nerveux modifiera le biochimisme du spirochète et augmentera son neurotropisme.

Au point de vue qui nous occupe : la descendance, la localisation nerveuse de la syphilis, quelle qu'en soit la cause, rend la contamination de l'enfant moins certaine et moins grave. Mais les infections intercurrentes (spécifiques ou non) se localiseraient de préférence, chez celui-ci, sur le système nerveux.

Dans les observations où la localisation nerveuse est en quelque sorte accessoire, où la syphilis a revêtu ses caractères habituels et réalise plutôt une

syphilis cérébrale qu'une paralysie générale vraie, il n'en est pas de même et les enfants sont contaminés comme les enfants des autres syphilitiques.

III° AUTRES FACTEURS

A côté de l'allure que revêt la syphilis chez les parents et la forme clinique de la paralysie générale, d'autres facteurs interviennent.

Nous avons déjà noté que l'infection de l'enfant paraissait d'autant plus certaine, et que l'hérédosyphilis se présentait sous un aspect d'autant plus grave, que la conception était plus rapprochée de la contamination.

SEMPER, qui a étudié les facteurs qui peuvent faire varier le pronostic chez les enfants des paralytiques généraux de la syphilis est arrivé à une conclusion identique : le pronostic est d'autant meilleur que la date de la conception est plus éloignée de la date de la contamination.

Il semble donc que, dans l'ensemble, l'infection syphilitique perde peu à peu de sa contagiosité et de sa virulence.

Comment peut-on expliquer ce fait ?

Certains auteurs, notamment Chevallier, pensent que la quantité de virus transmise lors de la contamination a une grande importance. Peut-être la destruction progressive des germes, ou leur fixation au niveau des centres nerveux expliquent-elles

cette diminution de la contagiosité et de la virulence avec le temps.

Peut-être peut-on invoquer aussi une transformation lente et progressive des caractères biologiques du spirochète.

Sans doute, on peut faire appel à ces deux explications : Les décharges septicémiques deviennent de moins en moins fréquentes au fur et à mesure que le tréponème se fixe sur le névraxe et se trouve modifié. Et lorsque la contamination se produit tardivement, le germe a perdu sa virulence, ou du moins il ne manifeste pas sa présence avec la même netteté qu'un germe non modifié.

Le Docteur V. Berger, dans sa thèse, a montré l'influence plus ou moins néfaste de la syphilis acquise pendant la grossesse, selon que la contamination avait lieu avant ou après le 6^e mois. D'après les faits qu'elle rapporte, la syphilis contractée après le 6^e mois semble n'exercer qu'une influence minime sur le produit de la conception, l'enfant naît sain ou ne présente que des accidents tardifs ou des signes dystrophiques plus ou moins légers. Au contraire, la syphilis acquise avant le 6^e mois entraîne l'avortement ou une syphilis précoce et grave. La gravité est au maximum lorsque la contamination a lieu en même temps que la fécondation. Ces conclusions concordent encore avec les nôtres.

Un autre facteur, dont on peut encore apprécier l'importance en étudiant les observations que nous avons réunies, est le traitement auquel les parents

sont soumis, et spécialement la mère. L'observation XVIII montre avec une netteté particulière l'influence heureuse d'un traitement bien conduit sur le produit de la conception.

On voit alterner les grossesses à terme avec les fausses couches sous l'effet des traitements entrepris après chacun des accidents.

Dans l'état actuel des choses, un traitement spécifique actif et bien conduit avant la conception s'il ne paraît pas modifier sensiblement l'évolution de la paralysie générale, rend l'infection des enfants beaucoup plus rare et certainement moins grave.

Un autre fait mérite d'être examiné : Dans quelle mesure l'évolution de la syphilis chez les enfants est-elle conditionnée par le fait que la paralysie générale est paternelle et maternelle ?

Il semble que la paralysie générale elle-même n'ait aucune influence directe ; ce qui importe, c'est la syphilis causale, et ses modalités. La question est ainsi ramenée aux problèmes précédemment examinés.

Lorsque la paralysie générale frappe le père, s'il s'agit d'une paralysie générale typique, et si les rapports sexuels ont eu lieu à une période avancée de la syphilis, la femme et les enfants ont les plus grandes chances d'échapper à la contagion.

S'il s'agit au contraire d'une paralysie générale atypique succédant à une syphilis banale, ou si dans l'une comme dans l'autre forme les rapports sexuels ont suivi de peu l'infection, la contamination de la

femme est probable, et le pronostic, au point de vue des enfants, ne diffère en rien de celui des enfants d'un syphilitique quelconque.

Lorsque la paralysie générale frappe la mère, la forme qu'elle revêt prend toute son importance, ainsi que la date de la conception.

Conception tardive, syphilis fixée sont deux éléments favorables. Conception précoce, syphilis banale signifient au contraire pour l'enfant contamination certaine, et contamination grave.

*
**

Il nous reste encore à rappeler l'influence dévolue aux toxi-infections associées à la syphilis. Comme elles jouent un rôle étiologique dans l'apparition de la paralysie générale, elles jouent un rôle dans l'évolution clinique de l'hérédosyphilis. Tantôt elles créent pour leur propre compte diverses affections, tantôt elles affectent la résistance du sujet. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître comme un élément de mauvais pronostic : l'alcoolisme, le saturnisme, la tuberculose, les maladies diverses, les fatigues, la mauvaise hygiène, les excès de toute nature des parents.

Cependant, certaines infections, accidentelles ou provoquées, comme le paludisme, paraissent modifier favorablement l'évolution de la paralysie générale. Il serait intéressant de déterminer si elles exercent une influence sur la descendance.

Sans doute la liste n'est pas close des facteurs dont dépend la forme clinique de la syphilis héréditaire ; nous croyons avoir mentionné les plus importants ; une enquête clinique prolongée est nécessaire pour en découvrir de nouveaux et pour vérifier l'importance de ceux-là.

CHAPITRE IV

Les Formes que revêt l'Hérédo-Syphilis dans la Descendance des Paralytiques généraux

Nous pensons avoir montré que certains, parmi les enfants des paralytiques généraux, semblent échapper à l'hérédité syphilitique. Est-il possible de distinguer, dans l'hérédo-syphilis, des formes cliniques, et de déterminer dans quelle mesure on peut les rattacher aux différents facteurs que nous venons d'examiner?

*
* *

GASTOU, avons-nous dit, a ébauché une classification des hérédo-syphilitiques, et cette classification paraît avoir été adoptée par les auteurs actuels.

GASTOU distingue :

1° La syphilis congénitale : embryonnaire ou fœtale.

2° La syphilis héréditaire : précoce (syphilis des nouveau-nés et syphilis infantile proprement dite), tardive.

Cette classification est basée sur la date d'apparition des premiers accidents spécifiques.

1° *Syphilis des nouveau-nés.* — Lorsque les accidents se manifestent dès la naissance, leur gravité est évidente.

Dans quels cas la syphilis se manifeste-t-elle à la naissance ?

Nous avons vu qu'il s'agit, en général, d'enfants nés au début de l'infection. Souvent, leur naissance suit immédiatement de nombreuses fausses couches.

Cependant, on ne peut dire que le pronostic, dans ce cas, soit toujours le même. Il arrive que, dans les antécédents des enfants qui, à 5, 10, 15 ans, paraissent bien portants, on relève des accidents spécifiques à la naissance (penphigus plantaire et palmaire, gros placenta, etc.) et ce seul fait prouve que, malgré la gravité de la syphilis dite congénitale, elle peut ne pas évoluer en l'absence même de tout traitement.

2° *Syphilis héréditaire précoce.* — Nous pouvons, à son sujet, répéter ce que nous venons de dire. Elle est en général des plus graves. Elle se manifeste encore comme une septicémie ; le tréponème frappe les organes hématopoïétiques et le pronostic

immédiat, comme le pronostic éloigné sont extrêmement sombres.

3° *Syphilis héréditaire tardive*. — Dans la syphilis héréditaire tardive, il n'y a plus de lésions généralisées, mais plutôt des manifestations isolées, du type de la syphilis tertiaire. Elle peut réaliser les aspects les plus variés.

Dans l'ensemble, on peut dire que sa gravité décroît avec les années, tout au moins si l'on envisage le pronostic vital.

En général, l'hérédo-syphilis tardive évolue chez des enfants nés à une période avancée de l'évolution syphilitique, par exemple au début de la paralysie générale.

Nous avons fait remarquer que la gravité de la syphilis héréditaire précoce et de la syphilis congénitale, comportait des exceptions. Et nous rappelons la phrase de TROUSSEAU que nous avons citée au début :

« Il s'en faut qu'à âge égal, à santé apparemment
« identique, la syphilis ait toujours, chez l'enfant
« la même intensité. Chez quelques-uns, en dehors
« du traitement, l'évolution est lente, passive, essen-
« tiellement chronique dès le début. Chez d'autres,
« elle est active, subaguë, même fébrile ».

Ainsi l'hérédo-syphilis doit comprendre, à côté des formes que l'on peut définir par le moment où elles débutent : Des formes évolutives : chroniques

ou aiguës ; Des formes selon la gravité, bénignes ou graves ; et bien d'autres sans doute.

On objectera que l'évolution de la syphilis est capricieuse, elle est faite de poussées séparées par des intervalles de repos d'une durée très variable.

En réalité, on reconnaît facilement, dans la syphilis acquise, de grandes périodes bien caractérisées et l'on a décrit à la syphilis acquise, des formes aiguës, des formes chroniques, etc. Nous pensons que l'on peut faire de même pour la syphilis héréditaire.

Nous croyons avoir montré qu'un rapport peut même être saisi entre la forme clinique que la syphilis revêt chez le père, et celle qu'elle revêt chez l'enfant.

Nous avons adopté la classification suivante des formes de la syphilis héréditaire.

A) Accidents directement en rapport avec l'infection syphilitique transmise par les parents :
Hérédo-syphilis.

I°) Habitées, évolutives : *Hérédo-syphilis active*.

a) Suivant l'âge où se manifestent les premiers symptômes :

{ Syphilis congénitale;
 Syphilis héréditaire précoce;
 Syphilis héréditaire tardive;

De gravité progressivement décroissante ; et coïncidant à peu près avec les divisions suivantes :

b) (Suivant le nature des lésions constatées) :

- { Syphilis septicémique de type secondaire;
- { Syphilis viscérales diffuses ;
- { Syphilis scléro-gommeuses, de type tertiaire;
- { Syphilis atypiques : Parasyphilis.

c) (Suivant l'évolution) :

- { Syphilis chroniques;
- { Syphilis subaiguës;
- { Syphilis bénignes;
- { Syphilis graves;
- { Syphilis riches de symptômes;
- { Syphilis latentes;

II) Déshabitées, séquelles de lésions syphilitiques éteintes (embryonnaires, foétales et infantiles) :

Hérédo-syphilis éteinte.

- { Stigmates syphilitiques;
- { Lésions des glandes endocrines.

B) Accidents et troubles fonctionnels résultant de l'infection syphilitique, ou d'une lésion d'un organe déterminé.

a) Suivant leur nature.

- 1° Résultant de l'infection syphilitique (terrain hérédo-syphilitique de Hutinel) ;
- 2° Résultant d'une lésion d'un organe dystrophies endocriniennes.

b) Suivant l'infection causale.

- 1° Résultant d'une infection active;
- 2° Résultant d'une infection éteinte, de lésions guéries.

C) Lésions ou troubles fonctionnels résultant de l'infection syphilitique de la mère, notamment des lésions placentaires : chétivisme ; hypotrophie ; anémie, etc.

D) Dystrophies ou diathèse résultant de l'infection :

- 1) Soit de l'enfant lui-même (lésions actives ou non);
 - 2) Soit de la mère;
 - 3) Soit du père (Si la mère est indemne)
-

CHAPITRE V

Déductions pratiques

Nous voudrions chercher quels enseignements on pourrait tirer de l'étude de la descendance des paralytiques généraux pour le diagnostic et le traitement de l'hérédo-syphilis.

Au sujet du diagnostic nous avons montré que certains enfants parmi ceux des paralytiques généraux, paraissent échapper à la transmission héréditaire du virus. Nous avons montré également qu'ils pouvaient présenter des signes dystrophiques, des affections diverses dues, soit à l'influence indirecte de la syphilis, soit à d'autres toxi-infections, et notamment des tares dues à leur hérédité nerveuse.

Quand l'examen complet et l'analyse des antécédents laissent un doute au sujet de l'infection hérédito-syphilitique du malade; lorsqu'il s'agit de l'enfant d'un paralytique général du type classique qui a présenté une syphilis peu fleurie et lorsque la concep-

tion a eu lieu tardivement par rapport à l'infection paternelle, nous ne concluons à la syphilis qu'avec les plus grandes réserves. En tout cas, nous pensons qu'il ne peut s'agir que d'une hérédosyphilis peu active, bénigne. Nous ne voyons rien en pareil cas, qui autorise à instituer un traitement sévère; nous dirons, plus loin, quelle thérapeutique nous paraît devoir être mise en œuvre.

Au contraire, lorsqu'on note l'existence, chez le père où la mère du malade d'une paralysie générale atypique, ayant succédé à une syphilis floride, ayant déterminé des fausses couches; lorsque la conception a eu lieu à une date peu éloignée de la date de la contamination, nous posons, même en l'absence de preuves très nombreuses, le diagnostic de syphilis d'une façon ferme; même si l'évolution ne le manifeste pas immédiatement. Nous craignons, en pareil cas, les accidents les plus graves, et nous instituons une thérapeutique intensive.

Mais dans ce cas même, nous évitons autant que faire se peut, d'utiliser pour ce traitement, les arsénobenzènes. Tout doit faire craindre, en effet, chez les enfants des paralytiques généraux, l'existence d'une fragilité particulière du système nerveux.

Or, nous avons vu plusieurs exemples d'enfants ou d'adultes nerveux que le traitement arsenical, manié par des syphiligraphes trop ardents, a été loin d'améliorer.,

Nous ne voulons pas parler, ici, des accidents immédiats, mais bien de l'influence néfaste que les ar-

sénobenzènes semblent exercer sur l'évolution ultérieure de la maladie et du malade. D'une façon générale, en dehors même du système nerveux, l'organisme infantile nous paraît particulièrement fragile par rapport aux arsenicaux.

Nous préférons donc, dans tous les cas, d'accord avec nos maîtres et avec la grande majorité des pédiâtres, utiliser le mercure.

Les frictions mercurielles, bien conduites, les diverses préparations mercurielles absorbables par la bouche, les composés solubles, injectables, permettent de réaliser toutes les modalités du traitement.

Nous ajoutons que le mercure, ainsi que l'enseigne depuis longtemps André Collin, ne nous paraît pas devoir être réservé au traitement de la syphilis.

Le mercure exerce une action sédative remarquable chez les enfants nerveux, en même temps qu'une action eutrophique des plus nettes. Son pouvoir anti-microbien est général et s'exerce avec une remarquable puissance contre toutes les infections du névraxe. Enfin, le mercure semble modifier, dans un sens favorable, le terrain hérédosyphilitique. Tout le désigne, par conséquent, pour être employé chez les enfants des paralytiques généraux.

Il n'est pas besoin d'ajouter que le mercure est loin de constituer la seule arme thérapeutique à mettre en œuvre. A côté des précautions diététiques, évidemment indispensables, et des médications courantes, il faut citer l'opothérapie. Lacapère et

P. Vallery-Radot ont montré les avantages que l'on pouvait retirer de l'opothérapie chez l'hérédosyphilitique et spécialement les enfants porteurs de dystrophies diverses.

CHAPITRE VI

Résumé

L'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis n'est encore qu'ébauchée, elle mérite cependant d'être reprise car on pourrait en tirer des déductions pratiques intéressantes.

Dans le travail que l'on vient de lire, **contribution** très modeste à cette étude, nous avons **cherché** à déterminer quelques-uns des facteurs qui impriment à l'hérédo-syphilis sa forme clinique.

On ne peut encore qu'apercevoir très imparfaitement le rôle respectif de la constitution du sujet, du terrain et de la nature du germe, virus neurotrope ou neurotrope.

Mais on peut, par contre, saisir très nettement le rapport qui existe entre la forme clinique de la syphilis et de la paralysie générale chez les parents et la forme clinique que revêt la syphilis chez l'enfant.

Il est possible de distinguer deux formes de paralysie générale.

Une première forme succède à une syphilis d'allure latente, spéciale, fixée (neuro-syphilis), elle débute de 10 à 15 ans après le chancre, par des symptômes d'excitation psychique et somatique, la santé physique reste longtemps excellente.

Dans cette forme, le conjoint et les enfants paraissent échapper à la contagion, ou bien la syphilis qu'ils présentent est toujours peu active, chronique, relativement bénigne.

Une deuxième forme succède, au contraire, à une syphilis riche en manifestations spécifiques diverses. Elle débute très précocement ou très tardivement, par des symptômes démentiels, avec dépression psychique et somatiques.

La santé physique est compromise par des accidents syphilitiques multiples. Il s'agit plus d'une syphilis cérébrale que d'une véritable paralysie générale.

Dans cette forme, le conjoint et les enfants sont contaminés.

La fixation précoce de la syphilis sur le système nerveux, son évolution latente, l'allure typique de la paralysie générale, constituent, par conséquent, des facteurs de bénignité au point de vue de l'hérédo-syphilis.

En outre, dans l'une comme dans l'autre forme, et indépendamment de tout traitement, la syphilis perd progressivement de sa virulence par rapport à la descendance.

Enfin, le traitement, bien conduit, des parents,

Cnclusions

1° La syphilis réalise chez les enfants des formes cliniques très variées, qu'il est possible, dans certains cas, de rapprocher de la forme que la syphilis a revêtue chez les parents.

11° Ainsi, chez les enfants des paralytiques généraux, le pronostic paraît tout différent suivant que l'on étudie la descendance :

1°) Des paralytiques généraux dont la maladie représente le type classique et succède à une syphilis dont les symptômes ont été peu nombreux, discrets, ou même totalement absents. (Cette syphilis d'allure bénigne, en réalité seulement différente de la syphilis banale, est souvent méconnue).

2°) Des paralytiques généraux dont la maladie revêt des caractères atypiques et succède à une syphilis banale, qui a présenté des symptômes secondaires et tertiaires typiques, cutanéomuqueux, viscéraux et vasculaires.

Dans la première forme, le conjoint et les enfants du malade échappent à l'infection syphilitique.

S'ils sont contaminés, l'infection se développe chez eux d'une façon bénigne.

Les affections qu'ils peuvent présenter doivent être rapportées, le plus souvent : à la constitution nerveuse qui est l'apanage des paralytiques généraux de ce groupe ; à des toxi-infections associées chez les parents à la syphilis ou à des affections banales acquises par l'enfant lui-même.

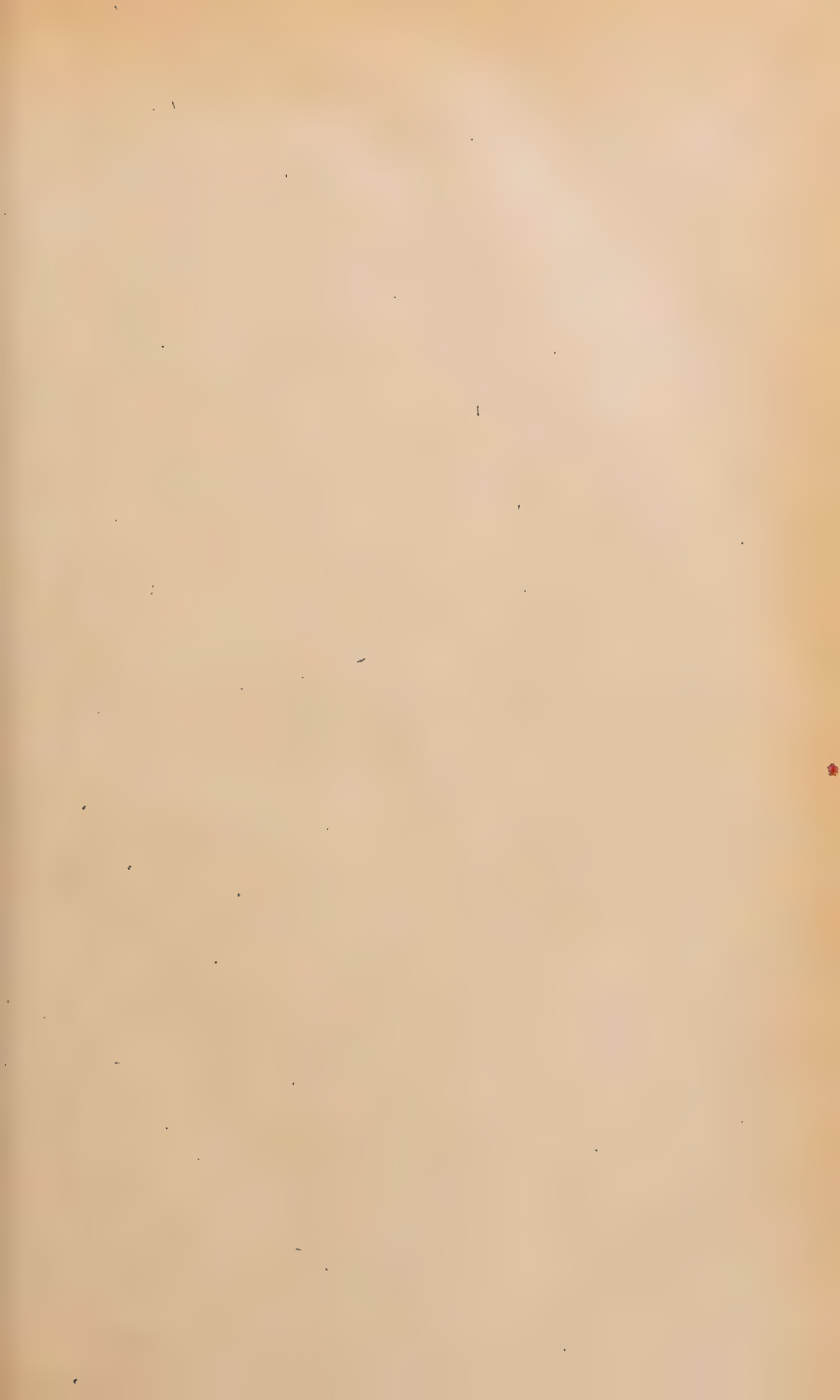
Dans la seconde forme, au contraire, le conjoint et les enfants du malade sont contaminés et l'hérédosyphilis les frappe en général gravement.

III° De nos observations nous avons encore tiré les conclusions suivantes :

1°) L'infection des enfants paraît d'autant plus certaine et évolue de façon d'autant plus grave, que la date de conception est moins éloignée de la date de contamination.

2°) L'infection des enfants est d'autant moins probable et revêt des formes d'autant plus légères que la conception, a lieu à une période plus avancée de l'infection syphilitique chez les parents.

IV° Les différents facteurs que nous venons d'énumérer jouent, parmi tous les autres, un rôle important dans le déterminisme des formes que l'hérédosyphilis peut revêtir.



s'il n'exerce qu'une influence des plus douteuses sur l'évolution de la paralysie générale, évite souvent la transmission de la syphilis à la descendance et constitue, en tous cas, un facteur important de bénignité.

Les formes d'hérédo-syphilis sont nombreuses. Il importe, essentiellement, de distinguer les accidents qui sont liés à une syphilis active et ceux qui relèvent de la syphilis, mais d'une syphilis éteinte, ou de la syphilis des parents non transmise.

Dans le cadre même de la syphilis héréditaire active, il convient de distinguer les formes virulentes, à tendances septicémiques ; des formes torpides, latentes, fixées, peu virulentes. Ces dernières peuvent, évidemment, entraîner les localisations les plus graves. Mais d'une façon générale, le traitement doit être compris d'une façon toute différente dans l'un ou l'autre cas. Intensif, soutenu, dans les premières formes, il sera, au contraire mesuré, prudent, patient, dans les secondes.

On préférera chez les enfants et surtout chez les enfants fils de nerveux le mercure aux arsenicaux.



- BURLE. — Puerpuéralité chez les aliénés. — Thèse Bordeaux, 1900.
- CARLE (de Lyon). — Nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. — *Presse médicale*, 24 avril 1920.
- CHARRIN et ROBERCOURT. — Influence des maladies de la mère sur le développement de l'enfant. — Société de Biologie, 25 octobre 1895.
- CHARRIN et LARRIER (Nathan). — Lésions constatées chez des nouveau-nés non tuberculeux, mais issus de mère tuberculeuse. — Société de Biologie, 12 novembre 1898.
- CHÉVALLIER. — Loc. cit. in Article de Clément Simon : Vénérologie, du *Monde Médical*, numéro spécial annuel 1^{er} mars 1926.
- COLLIN (André). — Médecine légale infantile, Paris, 1919, Baillières, éditeur.
- Quelle est la forme clinique de syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 juin 1914.
- Les enfants nerveux, Baillières, Paris, 1924.
- COQUERELLE. — Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale juvénile et de l'hérédo-syphilis. — Thèse Paris, 1922.
- DEJERINE. — Hérité dans les maladies du système nerveux, Paris, 1886.
- DUJARDIN. — Allergie au cours de la syphilis cérébrale. — *Paris-Médical*, 1924, p. 210.
- DUPRÉ (E.). — Article de paralysie générale dans : *Traité de psychiatrie* de G. Ballet.
- Enquête sur la prophylaxie de la syphilis nerveuse. — Congrès écrit dans les *Annales des maladies vénériennes* : mai, juin, juillet 1920.
- Enquête sur la syphilis héréditaire. — *L'Hôpital*, novembre 1922 (A).

- FOURNIER. — Affections para-syphilitiques : Rueff, Paris, 1894.
- FÉRÉ. — La famille névropathique, Paris.
- FERNET. — Article : Syphilis infantile : Traité Sergent-Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. XX, p. 251.
- FOURNIER (E.). — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive, Masson, Paris, 1907.
- FOURNIER (E.). — Syphilis héréditaire de l'âge adulte.
- GALLIOT. — Société de Dermatologie, 2 avril 1925.
- GASTOU. — Article : Syphilis héréditaire, Traité de médecine des enfants de Grancher, Comby, Marfan, t. 1 p. 145.
- GRASSET. — Article Diathèse : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, T. XXIX.
- HUTINEL et STEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophies. — *Archives médicales des enfants*, février 1920.
- HUTINEL. — Le terrain hérédo-syphilitique, Paris, Masson, 1926.
- JEANSELME. — Conduite générale du traitement de la syphilis — *L'Hôpital*, mars 1921 (A).
- LAROCHE (Guy). — Fixation des poisons : Thèse Rousset, Paris, 1911, p. 200.
- LACAPÈRE (G.). — La question de la dualité du virus syphilitique et les causes d'orientation de la syphilis. — *Revue française de Dermatologie et de Vénérologie*, 1925, p. 112.
- LANDOUZY. — Leçons de clinique de la Charité : *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 7 juillet 1898, « Sur le rôle atténuateur et défensif des ganglions ».
- LEVADITI et MARIE. — Le tréponème de la paralysie générale. — Académie des Sciences, 2 juin 1914. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1914, p. 1.086.
- LIÉVET. — Variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie. — Thèse Paris, 1878.

V° Ces différents facteurs méritent d'être examinés dans la discussion du diagnostic de l'hérédosyphilis et dans la conduite du traitement.

VI° Les différents arsenicaux doivent être proscrits de la thérapeutique de l'hérédosyphilis chez les descendants des paralytiques généraux, dont le système nerveux doit être ménagé.

On préfère à l'arsenic le mercure qui exerce une action eutrophique tonique et calmante sur le système nerveux, qui possède un pouvoir bactéricide non seulement à l'égard du spirochète, mais encore vis-à-vis d'autres virus.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

- AUDRY et LAVAN. — Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien avant de l'être dans le sang. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, 1914.
- AFERT (E.). — La recherche de l'hérédité syphilitique. — *Le Monde médical*, 1^{er} mai 1925.
- BALLET (G.). — Article dans : *Annales médico-psychologiques*, 1898.
- BALLET (G.) et ROGUES DE FURSAC. — Article : paralysie générale dans : *Traité Charcot-Blanchard*, 2^e édition).
- BARTHELEMY (R.). — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. — Thèse Paris, 1919.
- BALL et RÉGIS. — Les familles des aliénés au point de vue biologique. — *L'Encéphale*, 1883.
- BAYLE. — La paralysie générale : ouvrage publié à l'occasion de l'anniversaire de la thèse de Bayle, Paris.
- BECHET. — Descendance des paralytiques généraux. — Thèse de Paris, 1897.
- BERTIN. — Syphilid latente et grossesse. — *Presse médicale*, 3 mars 1926.
- BLOCH (Marcel). — Choix dès la période secondaire entre les localisations muqueuses, cutanées et viscérales et les localisations méningées. — *L'Hôpital*, juin 1914, n° VII.
- BONNEAU. — Hérédité similaire dans la paralysie générale. — Thèse Lyon, 1909.

- MARIE et LHERMITTE. — Article : Paralyse générale : *Traité de Physiologie pathologique de Marie*.
- MARCHAND. — Considérations pathogéniques sur la paralysie générale. — *Presse Médicale*, 31 août 1921, p. 695.
- MIGNOT. — Quelques statistiques sur la fréquence de la paralysie générale. — *Annales médico-psychologiques*, 1918.
- MONTPELLIER. — Article : *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, novembre 1925.
- PAUTRIER. — Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 1925.
- PHYSALIX. — Particularités du cerveau au point de vue de l'immunité. — Article dans *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, mai 1910.
- RICARD. — La descendance des paralytiques généraux. — Thèse Paris, 1904.
- RAISSET. — Thèse Paris, 1911.
- ROUX et BORREL. — Tétanos cérébral, immunité contre le tétanos. — *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1898.
- RENAULT (J.). — Traitement de l'hérédosyphilis. — Leçon du 24 avril 1921. — *Hôpital*, août 1921 (B).
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie, Paris, Alcan.
- SEZARY. — Pathogénie de la paralysie générale. — *Revue neurologique*, 1921, n° IV.
- SIGOT. — L'hérédité similaire dans la paralysie générale. — Thèse Montpellier, 1909.
- SIMON (Clément). — Questions actuelles de syphilis, Paris, 1926, Legrand, éditeur.
- SPILMANN et PERRIN. — Descendance des tabétiques et des paralytiques généraux. — *Province médicale*, 4 décembre 1909.
- SANGUINETTI. — Allure clinique de la syphilis et forme de la paralysie générale. — Thèse Paris, janvier 1917.

- SANTON. — De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale. — Thèse Paris 1883.
- SEZARY. — Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse. — *Presse médicale*, 1926, p. 4.
- TIXIER. — Rapport sur la syphilis héréditaire à la conférence de la syphilis héréditaire, Paris, octobre 1925.
— *Revue médicale française*, décembre 1925.
- TROISIER. — Expériences 1912-1914. — Sur la solubilisation des bacilles de Koch dans le cerveau.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- VALLAT. — Considération sur l'hérédité dans les maladies nerveuses. — *L'Encéphale*, 1922, n° 3.
- VINCENT. — Société de Biologie, 1903.
- WAHL. — Etude de la descendance des paralytiques généraux.
— Thèse de Paris, 1898.

CONGRÈS ET CONFÉRENCES

- Conférence de la syphilis héréditaire*, Paris, octobre 1925.
- Congrès des Pédiatries de Langue française*, Paris, 1924.
- Congrès écrit sur la prophylaxie de la syphilis nerveuse*. —
Annales des maladies vénériennes, mai, juin, juillet 1820.
- Réunion Neurologique annuelle de la Société de Neurologie*. —
Syphilis nerveuse et son traitement, 9-10 juillet 1920.